15.295

CU-BANCROFT CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

III 15.295

1030
295
III 15.29

PROF. DR. C. ANGELESCU DR. GH. V. BUZOIANU
DR. S. ȚOVARU

NEÎNREGISTRAT
Biblioteca Universității Iași
478/1930
BIBLIOTECA UNIVERSITĂȚII -IAȘI-
18 JUL 1930

547 INTERVENȚIUNI PENTRU APENDICITE

EXTRAS DIN „REVISTA DE CHIRURGIE" No. 7

„CARTEA ROMÂNEASCĂ", BUCUREȘTI
1929

BCU IAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Proprietatea Bibliotecii
Universității Iași
III - 15.295

28 MAI 1950
Biblioteca Universității Iași
R - 3528

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BIBLIOTECA
UNIVERSITĂ
-IAȘI-

MEMORII ORIGINALE

547 intervenţiuni pentru apendicite

de

Profesor Dr. C. ANGELESCU Dr. GH. V. BUZOIANU
Dr. S. ŢOVARU

Incepând cu anul 1919 şi până la 1 Iunie 1929 s'a operat în clinica I-a chirurgicală din spitalul Colţea un număr de 547 de apendicite. Forma clinică sub care s'au prezentat a variat sub aspectul diverselor modalităţi cunoscute: apendicita perforată, acută sau cronică. Această ultimă varietate este aceia care ne-a furnizat materialul patologic cel mai important, asupra căruia vom insista în deosebi. Deşi cifra de 547 de apendicite nu este prea mare în raport cu numărul anilor în cari au fost operate ($9^1/_2$ ani), ea este totuşi, destul de impunătoare pentru a ne reda cât mai apropiat, *aspectul real sub care se prezintă în parte, apendicita în Bucureşti.* Asupra apendicitei, în general totul a fost spus în ultimii ani. Dacă lăsăm la o parte opinia câtorva ireductibili putem constata că chirurgii sunt de acord şi că problema este astăzi aproape complet studiată. Am fi găsit desigur inutil a reveni, dacă în cercetările noastre statistice nu am fi întâlnit câteva constatări, cari îşi au încă interes în definitivarea unora din laturile chestiunei. Examinând sumar, tablourile schematice cari urmează şi în cari am căutat a reda grupate pe vârstă şi sex, numărul apendicitelor operate în fiecare an, remarcăm dela început că acest număr a mers progresiv crescând din anul 1919 până la anul 1929. Deşi în primii doi ani lipsesc observaţiunile operaţiunilor din câteva luni, cifra totală a intervenţiilor din primii ani este atât de mică faţă de cea a ultimilor ani, încât constatarea este într'adevăr impresionantă. Iată cari sunt aceste cifre, repartizate pe an, pe vârstă şi pe sex:

Clinica I-a chirurgicală. Spitalul Colţea. Profesor Dr. C. Angelescu.

*

1919 (lipsă 4 luni Ianuarie-Aprilie)

Etatea	Bărbați	Femei	Total
10—20	—	—	—
21—30	1	1	2
31—40	—	—	—
41—50	2	—	2
			4

1920 (lipsă 3 luni Aprilie-Iunie)

Etatea	Bărbați	Femei	Total
10—20	—	2	2
21—30	2	2	4
31—40	1	—	1
41—50	—	—	—
			7

1921

Etatea	Bărbați	Femei	Total
10—20	2	2	4
21—30	4	1	5
31—40	—	1	1
41—50	—	—	—
			10

1922

Etatea	Bărbați	Femei	Total
10—20	2	5	7
21—30	6	10	16
31—40	1	4	5
41—50	—	—	—
			28

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

1 9 2 3

Etatea	Bărbați	Femei	Total
10—20	1	4	5
21—30	3	3	6
31—40	—	3	3
41—50	—	1	1
51—60	—	—	—
			15

1 9 2 4

Etatea	Bărbați	Femei	Total
1—10	1	1	2
11—20	6	4	10
21—30	13	14	27
31—40	4	2	6
41—50	3	1	4
51—60	—	1	1
			50

1 9 2 5

Etatea	Bărbați	Femei	Total
10—20	6	6	12
21—30	12	11	23
31—40	9	6	15
41—50	2	2	4
51—60	1	—	1
61—70	2	—	2
			57

BCU ASIGEN TRAL UNIVERSITY LIBRARY

1 9 2 6

Etatea	Bărbați	Femei	Total
1—10	2	—	2
11—20	13	11	24
21—30	22	24	46
31—40	4	5	9
41—50	3	3	6
51—60	2	1	3
61—70	2	—	2
			92

1 9 2 7

Etatea	Bărbați	Femei	Total
0—10	—	1	1
11—20	16	20	36
21—30	29	26	55
31—40	18	9	27
41—50	5	5	10
51—60	1	1	2
61—70	—	—	—
			131

1928 (fără 4 luni)

Etatea	Bărbați	Femei	Total
11—20	10	16	26
21—30	14	24	38
31—40	7	4	11
41—50	3	2	5
51—60	—	—	—
			80

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

1929 (până la 1 Iulie)

Etatea	Bărbați	Femei	Total
11—20	8	14	22
21—30	14	22	36
31—40	7	4	11
41—50	2	2	4
51—60	—	—	—
			73

Care să fie adevărata cauză a acestui imens dezacord de cifre? O urmare a condițiunilor de alimentare de după războiu? Este de notat că numărul total al operațiunilor chirurgicale executate în acești ani, luate în bloc, nu prezintă o atât de mare variabilitate. Ele variază între 470 și 590 intervențiuni anuale. Și cu toate acestea numărul apendicectomiilor din primii ani, nici nu se poate compara aceluia din anii ultimi. Deși diferența nu este încă atât de accentuată remarcăm că această constatare, *creșterea numărului apendicitelor progresiv în anii de după războiu*, a fost făcută și în clinica chirurgicală din Cluj a profesorului Iacobovici în teza elevului său Zeană[1]). Totalizând numărul operațiunilor pentru apendicită din toți anii, după norma urmată la fiecare an în parte, obținem următoarea schemă:

Etatea	Bărbați	Femei	Total
1—10	3	2	9
11—20	64	84	148
21—30	120	138	258
31—40	51	38	89
41—50	20	16	36
51—60	4	3	7
61—70	4	—	4
	266	281	547

[1]) *Zeană D.*=„Considerațiuni asupra apendicitei în clinica chirurgicală din Cluj“ *1924. Teză pentru doctorat.*

Prima constatare pe care o facem studiind această schemă este aceea relativă la sex. Din totalul de 547 de operaţiuni, 226 au fost executate pe subiecte de sex masculin iar 281 pe subiecte aparţinând sexului femenin. Aproape un număr egal. O uşoară diferenţă în favoarea apendicitei femenine. Dacă raportăm însă această conclusie, rezultatelor obţinute de ceilalţi chirurgi, desacordul este evident. In monografia capitală a lui Bérard şi Vignard [1]) găsim următoarele rânduri: *„tous les chirurgiens sont d'acord pour reconnaître la plus grande fréquence de l'appendicite dans le sexe masculin"*. Urmează apoi o serie de exemplificări concrete redate prin statistica lui Maurin, Talamon, Pravaz, şi altele personale ale lui Bérard, ale lui Vignard în cari numărul cazurilor de apendicită la bărbaţi este cu mult superior celor constatate la femei.

Remarcăm totuşi că primele statistici publicate atribuiau apendicita numai într'o proporţie de o cincime la femei, faţă de numărul total. Ultimele statistici au modificat neîncetat această proporţie. In 1914 Bérard ajunge la proporţia de 64% din totalul observaţiunilor pentru sexul masculin iar Sonnenburg [2]) la procentul de 59% pentru bărbaţi şi 41% pentru femei. Statistica lui Gibson [3]) în 1924 apropie şi mai mult aceste procente, iar Poenaru-Căplescu [4]) în statistica sa arată chiar o frecvenţă superioară a apendicitei la femei. Constatările noastre, şi a statisticilor recente arată deci că apendicita nu are o frecvenţă mai mare într'un sex sau în altul.

Altă dată importanţa constatării de a se fi găsit o mai mare proporţie la bărbaţi decât la femei reeşia dintr'o serie de deducţiuni mai mult ipotetice, puţin corespunzătoare realităţii faptelor, inutile de repetat astăzi. Lipsa unei preponderenţe accentuate în favoarea unui sex, poate că reese în zilele noastre din modul de viaţă socială aproape identic pentru ambele sexe. In societăţile înaintate în epoca noastră întâlnim în definitiv femeia supusă aceloraş condiţiuni exterioare de trai, surmenaj fizic şi intelectual, alimentaţie puţin îngrijită cari pot fi o cauză primă ori ajutătoare a unor turburări digestive plus o serie de trau-

---

1) *Bérard et Vignard* = L'appendicite. Etude clinique et critique Masson 1914.
2) *Sonnenburg* = Pathologie und Terapie der Perityphlitis. Apendicitis 1913.
3) *Gibson* = Résultats des opérations pour appendicite chronique. (The *Am. J. of. the med. Sciences* No. 6 Décembre 1924 pag. 107.
4) *Poenaru-Căplescu* = Com. Soc. de chirurgie, Bucureşti, 1928.

matisme în cursul muncii eşite toate dintr'o egalitate precipitată a sexelor. Găsim deci natural şi perfect corespunzător adevăratelor constatări, că un organ care nu are mai multe mijloace de apărare într'un sex sau în altul, să dea un procent egal de cazuri patologice în seria unei aceleaşi afecţiuni, de natură endointestinală în marea majoritate a cazurilor.

O a doua constatare care-şi are interesul ei, confirmând aici datele clasice, este aceia pe care o facem relativ la *procentul acestei afecţiuni în raport cu vârsta.* In adevăr, din tabloul schematic de mai sus, reese că cel mai mare număr de apendicite, au fost întâlnite în clinica noastră între 21—31 ani. Imediat apoi urmează vârsta cuprinsă între 11—20 ani şi în urmă cea cuprinsă între 31—40 de ani.

Apendicita este rară în Bucureşti peste 50 de ani şi deasemeni rară până la vârsta de 10 ani. Este incontestabil totuşi că ea se întâlneşte dela o limită la alta a vieţii. La copii în afară de o singură observaţiune care cuprinde etatea de 1 an şi 4 luni toate celelalte 4 cazuri ale noastre, constatate între anii 1919—1928 privesc copii mai mari de 5 ani. Autorii sunt de acord asupra acestui punct. Deşi constatările statisticii noastre în privinţa frecvenţii apendicitei infantile confirmă datele statisticilor anterior publicate considerăm că o reală proporţie a acestei apendicite pentru Bucureşti, nu poate fi precizată fără a ţine în seamă numărul cazurilor tratate în spitalul de copii. Relativ la interpretările necesitate pentru explicarea raritătii apendicitei în vârstele înaintate ele se condensează credem în principalele două raţiuni: una de ordin *anatomic* cealaltă în raport cu *variaţiunile de rezistenţă ale peritoneului subombilical.*

Prima cuprinde constatările făcute, relative la abundenţa ţesutului limfatic apendicular până la etatea de 30 de ani şi scleroza lui după această vârstă, a doua se traduce prin constatarea clinică a unei mici suferinţe, a unei mai mici reacţiuni a seroasei faţă de lesiunile de apendicită sclerozantă. Reducând cifrele constatate şi făcând proporţia la o sută de cazuri de apendicită aparte, obţinem următoarele procente confirmate şi de statisticile lui *Gibson, Hofman* [1]) şi *Mc Neill-Love* [2]).

---

1) *Hofman*=Statistique de 4000 cas d'appendicite. *Beiträge zur klinische chirurgie.* 1912 pag. 305.

2) *Mc. Neill-Love*=Quelques observations sur le pronostic de l'appendicite aiguë. *(British Journ of. Surgery* No. 46 Octombre 1924).

Etatea	Proporția la 100
1—10	1.2%
11—20	26 %
21—30	47 %
31—40	16 %
41—50	7 %
51—60	1 8%
61—70	1 %

* * *

Numărul de 462 de apendicite cuprinde totalitatea cazurilor operate cronice sau urmate de diverse complicațiuni. In tabloul care urmează am căutat să redăm pe cât posibil mai clar apendicitele cari erau însoțite de alte afecțiuni chirurgicale.

Diagnosticul	Bărbați	Femei	Total	Felul operațiunii
ap.+peritonită plastică locală	22	41	63	apendicectomie
ap.+perit. acută difusă	16	9	25	apendicectomie+drenaj
ap.+perit. supurată inkistată	18	11	29	{ 19 incisiuni+drenaj 9 apendicectomii+drenaj
ap.+fibrom uterin		5	5	histerect. subtot+apendicect.
ap.+kist ovar		7	7	{ ap + 4 anexectomii unilat. + 3 histerectomii supravag.
ap.+ulcer piloric	3		3	apendicectomie + g. — jejunostomie
ap.+neo col. uterin		3	3	ap + histerectomie totală
ap.+metro-salping kistice		5	5	{ 2 anexectomii unilaterale 3 histerectomii subtotale
apendicită tuberculoasă	1		1	apendicectomie.
apendicită herniară	2		2	apendicectomie+cura radicală
ap.+hernie inghinală	3		3	" "
ap.+prolaps genital		1	1	apendicect.+ histeropexia Doléris
ap.+ectopie testiculară	1		1	op. Ombredanne + apendicectomie
ap.+kist mesenter		1	1	ablația kist + apendicect.
ap.+neo rinichi drept	1		1	nefropexie + apendicect
ap.+invag-ileo-caecală	1		1	desinvagin + apendicectomie
			151	

Notăm că în aceste cazuri nu este vorba de ablații apendiculare făcute simultan cu alte intervențiuni ci în majoritatea lor erau apendicite propriu zise, clinicește afirmate, cari se găseau la acelaș bolnav concomitent cu o altă afecțiune chirurgicală. Tot aici am introdus apendicitele complicate de peritonite acute difuse supurate, cele complicate de peritonită purulentă inkistată și cele însoțite de peritonită plastică locală. Din el observăm că la cifra totală de 557 apendicite, am întâlnit 29 de peritonite inkistate supurate, 25 de peritonite acute difuse

şi 63 de apendicite însoţite de peritonită plastică localisată mai mult ori mai puţin întinsă, am avut astfel următoarea proporţie:

Apendicite însoţite de peritonită plastică locală . . . . . 11,6 %
Apendicite însoţite de peritonite inkistate supurate . . . 5,1 %
Apendicite însoţite de peritonite difuse supurate . . . . 4,6 %

Ultimele două forme anatomo-clinice s'au constatat a fi fost la bărbaţi într'un număr superior celor întâlnite la femei. Peritonita plastică este mai frecventă însă la femei. Unul din abcesele periapendiculare a avut o evoluţie pelviană la un bărbat de 24 ani, împrejurare care a necisat deschiderea lui pe cale rectală. Toate celelalte observaţiuni se raportează asupra unor cazuri de abcese localisate în fossa iliacă dreaptă, situaţie care a permis abordarea lor cu mai multă uşurinţă pe cale abdominală iliacă. Se ştie că situaţia acestor abcese apendiculare în abdomen poate fi extrem de variabilă şi că în majoritatea cazurilor e în raport direct cu situaţia, variabilă şi ea, a apendicelui. N'am găsit notat în condicile de operaţiuni situaţia apendicelui în fiecare caz. Când însă această poziţie era anormală şi deci interesantă de relevat ea a fost consemnată. Constatăm astfel că în majoritatea observaţiunilor în cari au fost notate poziţiile apendicelui, ele aparţin apendicitelor însoţite de peritonite plastice. In celelalte cazuri de apendicite lipsite de aderenţe, poziţia lui se schimbă în timpul resecţiei, fapt care îngreuiază până la un punct stabilirea adevăratei situaţiuni. Am găsit astfel:

apendice retrocecal	38
„ anterior prececal	4
„ pelvian	3
„ inapoia ileonului	3
„ subhepatic	1
„ pe faţa ant. a ungh. ileo-cecal.	2
„ extern în raport cu cecul	4
„ torsionat în jurul cecului	1

Importanţa acestei situaţiuni a apendicelui a fost exagerată din punctul de vedere patogenic. Ea îşi are totuşi interes în practică prin dificultăţile operatorii pe cari le creiază în unele cazuri. Preoperator, situaţia lui prin examenul clinic este dificilă dacă nu imposibilă, în afară de manifestările aceste a unor forme determinate: retrocecală şi pelviană. Singur *examenul radiologic* poate aduce o precisare numai în formele cronice. In cazurile

*

noastre, în aceste împrejurări, importanța acestui examen ne-a fost de o reală utilitate. In ultimii doui ani mai ales, am întrebuințat sistematic în clinică radioscopiile gastro-intestinale în apendicita cronică, ca examen preoperator. Ele ne-au permis să decelăm între altele, în câteva cazuri, lesiuni de *periduodenită de origine apendiculară*, verificate la operație. Origina apendiculară a acestor lesiuni este astăzi stabilită în multe observațiuni. Metastaza inflamatorie — dacă putem spune astfel — se propagă în jurul duodenului fie prin intermediul aderențelor din regiunea apendiculară (Basset[1]) fie pe cale limfatică normală (Berceanu Descomps) fie prin intermediul epiploonului (Walther). Am găsit notat un singur caz de abces subfrenic apendicular și două cazuri de abcese subhepatice dintre cari unul letal. N'am avut nici o observațiune în care să se fi constatat o apendicită iliacă stângă cu sau fără peritonită inkistată. Acestea din urmă au părut unor autori (Mather și Ochsner[2]) chiar frecvente în raport cu alte localisări pentru a li se acorda favoare unei mai deosebite atenții din partea chirurgilor. Nu am putea spune până la ce punct opinia autorilor germani citați poate fi justificată. N'am întâlnit nici un caz de *pileflebită* sau *abces al ficatului*. Judecând însă după alte statistici publicate trebue să conchidem la marea lor raritate de oarece Eliason [3]) pe 2237 apendicite semnalează numai 3 cazuri. In ce privește celelalte afecțiuni cu cari apendicita a fost găsită concomitent, ele sunt menționate în ultimul tablou, pe sex notându-se în dreptul fiecăreia operațiunea care s'a executat. Se poate vedea că am întâlnit 2 *apendicite herniare* în cari apendicele a fost găsit în interiorul sacului. La unul din bolnavi în vârstă de 25 ani, era vorba de un punct de hernie inghinală dreaptă, cu turburări funcționale intense inexplicabile. Numai intervenția a putut constata prezența apendicelui și deci cheia turburărilor reflexe locale și la distanță accentuate. In nici un caz nu a fost vorba de apendicită herniară gangrenoasă cu fenomene

---

1) *A. Basset*=„De l'origine appendiculaire de certaines péri-duodénites inflamatoires". *Bull. et Mémoires de la soc. nat.* de *chirurgie de Paris* 24 Oct. 1925.

2) *Mather et Ochsner*=Les abcés de la fosse iliaque gauche dans l'apendicite. *Deutche Zeitschrift f. chirurgie* No. 1—2 Nov. 1924.

3) *E, L. Eliason*=Pylephlébite et abcés du foie consécutifs à lapendicite *Surgery, Gynecology and obstetrics* No. Avril 1926.

alarmante de strangulare internă ca în observaţiunea lui Reichenbach[1]). Este de notat totuşi că apendicele extirpat prezenta la examenul anatomopatologic lesiuni de inflamaţiune cronică evidentă a mucoasei. In trei observaţiuni se găseşte coexistenţa apendicitei cu ulcerul piloric. Această coexistentă nu a fost cercetată în mod special (astfel încât procentul nu poate avea decât o valoare cu totul relativă) ca în observaţiunile lui Hinrichsen[2]) ci s'au manifestat ambele prin simptome cari afirmau în mod cert coexistenţa lor. De altfel chestiunea aceasta — a coexistenţii ulcerilor gastro-duodenale în cursul apendicitei cronice — semnalată încă de mult de Mayo, Moynyham, Enriquez, este în momentul de faţă generatoare a tot felul de sugestii relativ la patogenia lor. Deocamdată ne mulţumim a semnala această coexistenţă în cele 3 cazuri, lăsând la o parte orice interpretare.

Apendicitele verminoase nu au fost găsite decât în 3 observaţiuni, la trei bolnave de 17, 19 şi 26 ani. In cavitatea apendiculară s'au găsit oxiuri. In celelalte apendice extirpate în cari s'au făcut examenele microscopice nu s'au găsit ouă de paraziţi. N'am întâlnit în nici un caz apendicită cu ascarizi. Rolul acestor paraziţi în provocarea lesiunilor de apendicită este astăzi definitiv cunoscut. Statistica recentă a d-rului Poenaru-Căplescu menţionează 105 cazuri de apendicite cu paraziţi la 1556 de operaţiuni, deci o proporţie de 7%. Letulle pe 180 de apendice extirpate nu semnalează nici un caz de apendicită parazitară. In statistica noastră proporţia este de 1 la 150 cazuri operate. Menţionăm în această privinţă lucrarea lui Perrin şi Heitz[3]) apărută anul trecut, în care această mult desbătută chestiune a apendicitei verminoase este larg studiată, şi în care găsim şi o importantă orientare bibliografică.

Operaţiunea executată a variat cu forma sub care se prezenta apendicita. Aproape în totalitatea apendicitelor cronice ablaţia apendicelui a fost executată după procedeul lui Roux cu înfundarea bontului în bursă la fundul ceculuí, *technică pe care*

---

1) *Reichenbach*=Appendicite gangréneuse dans un hernie inguinale gauche. (*Münchener med, Wochenschrift* No. 44 31 Octobre. 1924.

2) *Hinrichsen*=Relations cliniques entre l'appendicite, la cholécystite et l'ulcère de l'estomac ou du duodénum. *(Bruns Beiträge zur klinische chirurgie* No. 1 1927. *Journal de chirurgie* No. 2 1928 pag. 258.

3) *Perrin et Heitz=Lyon chirurgical*, Mai-Iuin 1927 pag. 289.

o considerăm excelentă. Abordarea cavității peritoneale o facem prin incisiunea lui Jalaguier, care ni se pare a fi superioară incisiunii lui Roux în apendicitele fără aderențe. O singură dată s'a executat apendicectomia după procedeul lui Gosset.

Secțiunea apendicelui o executăm cu termo: *obținem astfel o prudență maximă în a evita inocularea seroasei peritoneale cu germeni patogeni aflați pe suprafața de secțiune.* In abcesele apendiculare incisăm în plin abces conduși fiind de semnele fizice între cari godeul (œdemul peretelui) și contractura abdominală ni s'au părut a fi semnele cele mai fidele. Cercetarea lor atentă ne-a permis totdeauna să cădem cu incisia în plină cavitate supurtată. Moulonguet [1]) într'un studiu recent a precisat marea valoare a contracturii peretelui abdominal în fixarea bună a acestor incisiuni. Ablația nu o facem în aceste împrejurări decât atunci când apendicele se prezintă în plagă, altfel ne mulțumim cu simplul drenaj. In apendicitele cu peritonită plastică cu aderențe preferăm incisiunea lui Roux. Ea a fost practicată în 58 din observațiunile noastre. In nici un caz nu am avut ocaziunea de a întrebuința incisiunea posterioară lombară supra iliacă a lui Lecène [2]) pentru abcese retrocecale. Abcesul subfrenic drept a fost abordat pe cale costo-lombară, extraperitoneală, după indicațiunea radiografiei și a punctiei. In 5 observațiuni am găsit menționat ablația retrogradă a apendicelui după secțiunea bazei. In unul din aceste cazuri neputându-se diseca vârful din magma aderențelor s'a stomisat baza apendicelui la peretele abdominal ca în cazurile descrise de Lanz [3]) și de Geesink [4]). In peritonitele difuse apendiculare prima noastră grije este extirparea apendicelui, lesiunea inițială, cauzală, fără de care tratamentul peritonitei propriu zise credem a fi ineficace. Deschiderea abdomenului și simplul drenaj, fără suprimarea apendicelui când el este în causă sunt încercări pe cari experiența ni le-a probat aproape totdeauna insuficiente.

---

1) *Moulonguet*=L'incision en bonne place dans la cure de l'appendicite aiguë. *(Revue médicale universelle* No. 4, 1927).

2) *Lecène*=Incision postérieure sus-iliaque dans l'appendicite postérieure. *Journal de chirurgie* 1922.

3) Prof. *Lanz* (Amsterdam)=Experimentări cu apendecthlipsia *(Zeitschr. für chirurg.* No. 3 1924).

4) *Geesink*=Quelques cas d'apendecthlipsie. *(Weederlandsh Tydschrift voor Genesekunde No. 1,* Ianvier 1926. *Journal de chirurgie.* T. XXVIII pag. 341, 1926

Peritonitele inkistate supurate ca și cele difuse au fost constatate net la primirea bolnavilor în clinică. Ele nu au survenit ca o complicație a unei apendicite acute în timpul îngrijirilor clinice. *Astfel fiind, prezentarea bolnavilor în serviciu a fost totdeauna defectuasă în ce privește utilitatea unei intervenții urgente. Putem spune că nu am avut niciodată ocaziunea, — ca în clinica chirurgicală din Cluj,* (Iacobovici[1]) *de a opera în clinică apendicite acute în primele ore.* Când operațiunea își avea o indicațiune urgentă, era complicațiunea evident afirmată — peritonita localisată sau difusă supurată — asupra căreia se intervenea. Astfel, *marea majoritate a intervențiilor a fost făcută la rece, după atenuarea lesiunilor acute.*

Anestezia preferată a fost cea rachidiană, cu novocaină 6 — 11 ctgr. sol. 8% în aproape totalitatea formelor cronice.

Cloroformul a fost întrebuințat într'un număr restrâns de cazuri la copii și în peritonitele difuse la adulți. In peritonitele inkistate ne-am servit de anestezia generală cu clorur de etyl cu rezultate bune. In cele difuse anestezia cloroformică o credem mai indicată. Ea permite o bună explorare a cavității peritoneale, factor necesar în tratamentul lor.

Complicațiuni postoperatorii. In ultimii ani studiul complicațiunilor post operatorii apendiculare a fost detaliat studiat. O serie de constatări, bazate pe faptul că multe din turburările anterioare ablațiunii nu dispar după apendicectomie, ajung la conclusia că în multe împrejurări extirparea apendicelui este inutilă. Cari sunt constatările noastre în această privință? Nu am întâlnit nici o observațiune în cari să se menționeze drept complicațiune, *oclusia intestinală post-operatorie,* chestiune care a dat naștere la societatea de chirurgie din Paris [2]) la atât de multe discuțiuni. Avem convingerea așa cum a arătat și D-rul Ion Jianu[3]) că multe din aceste oclusii se pot evita căutând printr'o *incisiune largă, de preferat în toate cazurile de chirurgie apendiculară,* (în afară de abcese în cari incisia nu trebue

---

1) Prof. *Iacobovici*=Operația imediată în apendicitele acute. *Rev. „Spitalul"* No. 8—9, 1921.

2) *Mathieu, Dujarier, Lardennois, Alglave, Roux-Berger, Sauvé Auvray-Savariaud, Vanwerts, Oudard, Stulz, Negrié*=L'occlusion intestinale d'origine appendiculaire. *(Bull. et. Mémoires de la Société nationale de chirurgie de Paris* No. 10, 11, 12, 14, 18, et 19. 1924.

3) *Ion Jianu și G. Buzoianu*=Oclusiile intestinale post operatorii appendiculare, *Rev. „Spitalul"*, Februarie 1927.

să depășească limita aderențelor) să secționăm eventualele bride sau aderențe cari printr'o organizare progresivă post-operatorie, ne pot duce la lesiuni de oclusie. *Controlul vederii*, care nu se poate face decât printr'o incisiune largă, *il considerăm suveran în prevenirea acestor complicațiuni de oclusie.* Considerând cazurile noastre, credem că această complicațiune neplăcută nu numai pentru bolnav dar și pentru chirurg, este destul de rară ca și volvulusul apendicelui ileo-cecal (Leveuf și Moruzi [1]), Tr. Mihăilescu [2]) din cari nu am întâlnit nici unul. In nici un caz nu am avut *hemoragii intestinale* sau intraperitoneale după apendicectomie. Se cunosc un număr de cazuri chiar mortale (Gurewitsch [3]) în urma apendicectomiei la rece, din cauza unei ligaturi defectuoase a meso apendicelui. Nu am avut ocazia să urmărim eventualele *turburări menstruate* nici să constatăm vre'un caz de *hematurie* consecutivă ablației apendicelui, cum a întâlnit în câteva cazuri din serviciul chirurgical al d-rului Ion Jianu, unul din noi (Țovaru [4]).

Am întâlnit însă o serie de observațiuni, puține la număr, în cari am notat persistența durerilor după apendicectomie. Nu putem precisa exact acest număr, deoarece, urmărirea post-operatorie a tuturor bolnavilor ne-a fost imposibilă. Cei cari au putut fi studiați, din acest punct de vedere, s'au prezentat singuri. Nu putem face deci o proporție a bolnavilor cari au continuat să sufere după apendicectomie. Nu se poate nega totuși că acești bolnavi nu sufereau înaintea intervenției de apendicită cronică, deoarece examenul anatomo-patalogic, a decelat la unii din ei la care a fost executat, lesiuni indiscutabile de inflamațiune. Unii autori cred că atunci când rezultatul operator nu este decât mediocru, apendicele nu ar fi reala causă a diver-

---

1) *Leveuf et Moruzi*=Volvulus de l'appendice iléo — caecal. *(Archives de malad. de l'App. dig. et de malad. de la nutrition* No. 10 Décembre, 1925 pag. 1005.

2) *Tr. Mihăilescu.* = Volvulus al apendicelui ileo-cecal. *Revista de chirurgie* București, pag. 487, 1927.

3) *Gurewitsch*=Sur les hémoragies intestinales et intrapéritonéales après l'appendicectomie. *Zentralbl. f. chirurgie*, 23 Octobre 1926.

4) *S. Țovaru*=Turburările menstruale la apendicectomisate, *Revista de Chirurgie*, pag. 172, 1928.

S. Țovaru=Un caz de hematurie apendiculară. Com. Assoc. internilor de spitale, București, *Rev.* „*Spitalul*", Iunie-August, 1928.

selor turburări. (Th. Martel et Antoine [1]), A. Guillaume [2]) şi că acestea ar fi datorite fie unei funcţiuni defectuoase a intestinului, fie unei mobilităţi excesive a cecului, ectasiei sau ptosei sale, epiploitei cronice sau aderenţelor post-operatorii (I. Krieff [3]). Este adevărat că în câteva cazuri ale noastre, examinate radiologiceşte s'a constatat o ectasie, însoţită de ptosă a cecului, verificate la operaţie. Cu toate rezultalele frumoase pe cari le obţine profesorul Gerota în astfel de cazuri prin *raclarea suprafeţelor seroase a cecului* mobil înainte de a practica cecoplicatura, cei mai mulţi însă n'au putut obţine rezultate în adevăr satisfăcătoare asociind cecopexiile sau cecoplicaturile cu resecţia apendicelui. Profesorul Haţieganu [4]) din Cluj atribue durerile după apendicectomie, *mesenteritelor apendiculare*. Socotim că aici este locul să subliniem un detaliu technic, de o importanţă capitală în ce priveşte prevenirea durerilor ce se întâlnesc, uneori în urma ablaţiei apendicelui. In adevăr, diversele technice operatorii insistă prea puţin asupra ligaturii şi resecţiei meso-apendicelui. Se recomandă în treacăt să ne asigurăm de certitudinea eficacităţii ligaturii pentru a preveni hemoragiile post operatorii. Ori, nu numai hemoragiile sunt în funcţiune de această legătură a meso-apendicelui ci şi un alt element, foarte supărător pentru bolnavii cari au suferit operaţia ca şi pentru chirurg: *e durerea*, de durată mai mult ori mai puţin lungă, ce continua să neliniştească încă pe bolnavi. Durerea aduce după sine o serie întreagă de turburări cari silesc pe aceşti bolnavi să înceapă un nou peregrinaj pe la medici. Care este *cauza primă* a acestor dureri după apendicectomie? Se afirmă în general că aderenţele, inevitabile în multe cazuri, aderenţe cari survin după operaţie, sunt la origina lor. Cu toţi cunoaştem însă cazuri când, un apendice înglobat într'un focar de aderenţe, extirpat, nu dă naştere după operaţie la aceste dureri; din contră, în alte cazuri, un apendice fără cea mai mică reacţie peritoneală în jurul său, poate da naştere la dureri foarte accentuate. Este natural deci să ne întrebăm dacă, faţă de

1) *Th. de Martel et Ed. Antonie*=„Les fausses appendicites". Un vol. 200 pages, Masson 19 2.

2) *A. Guillaume.*=„Les colotyphlites et le syndrome de la fosse iliaque droite". Un vol. Doin 1924.

3) *Jacques Krieff*=„Les adhérences post-opératoires péri-iléo-coliques" Un vol. 200 pages Maloine 1928.

4) *Profesor Hatieganu şi Danicico (?)*=Clujul medical, 1928.

aceste constatări banale, aderențele *„inevitabile"* sunt o cauză primă. Noi socotim că această cauză primă a durerilor după apendicectomie, trebue să fie atribuită *unei insuficiente resecțiuni a meso- apendicelui.* In ultimul timp, Jaouré (1925) a stabilit că infecțiunea mucoasei apendicelui se propagă pe căile limfatice ale mesenterului, iar atunci când meso-apendicele nu a fost tratat cu îngrijire în timpul operațiunii, infectat cum este de cele mai multe ori cu germeni virulenți, poate da naștere diverselor infecțiuni cari pot atinge în gravitate gama unei peritonite fudroiante. Proba bacterologică a persistenții acestei infecțiuni a meso-apendicelui după apendicectomie a furnizat-o Moladava care, însămânțând fragmente de aderente formate în partea superioară a abdomenului și având ca control fragmente rămase din mesenterul apendicelui resecat, a putut constata că aderențele erau sterile, pe când mesenteriolul a dat colibacili. Ca atare socotim că *pentru a evita pe cât posibil durerile în urma ablației apendicelui, e necesar să ligaturăm cât mai la bază și să resecăm cât mai mult din mesoul apendicelui.* Procedând astfel în cele mai multe cazuri obținem rezultate satisfăcătoare.

Examenul anatomo-patologic [1]). Mai întâi semnalăm două observațiuni în cari examenul microscopic făcut de d-l dr. Marinescu-Slatina, șeful laboratorului clinicii a decelat lesiunea descrisă de Masson [2]) sub numele de *apendicită neurogenă carcinoidă.* Sunt primele observațiuni în România pe cari unul din noi (Prof. Angelescu [3]) le-a comunicat societății române de chirurgie din București. Intr'un singur caz am întâlnit un *kist apendicular* al cărui conținut lichid era complectamente steril. Semnalăm în literatura medicală română recentă în această privință observațiunile prof. Butoianu [4]) și Stoian, ale profesorului Amza Jianu [5]) și acea a profesorului Gerota [6]). Toate

1) Studiul examenelor anatomo-patologice va apare în extenso, într'o lucrare ulterioară în colaborare cu d-l D. Marinescu-Slatina.

2) *Masson*=Appendicite neurogène et carcinoïdes. *(Annales d'Anatomie pathologique médico-chirurgicale* No. 1, Ianvier, 1924.

3) *Prof. Angelescu, St. Popescu și Marinescu-Slatina.* = Două cazuri de carcinoid al apendicelui. *Soc. de chirurgie,* București, 4 Mai, 1927.

4) *Prof. Butoianu și Stoian*=Apendicită kistică. *Revista sanitară militară* No. 12. 1924.

5) *Prof. Amza Jianu*=Chist al regiunii ceco-apendiculare. *Revista de chirurgie* București pag. 273. 1927.

6) *Prof. Gerota, L. Betulia și Bâlcu*=Mixom al epiploonului și apendicelui, chist mucoid al apendicelui. *Revista de chirurgie* pag. 492. 1927 București.

aceste tumori benigne apendiculare erau desvoltate în dependința țesutului apendicular autochton, nu în dependința unui țesut străin ca în observațiunea lui *Seelig*[1]) sau *Gaudier*[2]).

O constatare importantă se referă aici la observațiunile noastre relative la *prezența calculilor* în cavitatea apendiculară. Este vorba de faptul că în marea majoritate a casurilor noastre nu am putut constata prezența unor astfel de corpi străini endoapendiculari. Mai mult, cu ocazia extirpării unor kiste de ovare am căutat a scoate preventiv și apendicele pentru a pune la adăpost pe bolnavă de eventuala inflamațiune a vermisului. Intr'un astfel de apendice, am găsit în lumenul apendicular calculi cari obstruau complet cavitatea, fără ca la examenul histo-patologic să întâlnim cea mai mică lesiune de inflamație acută sau cronică a mucoasei. Faptul a mai fost constatat. Wassertrüdinger[3]) a publicat un demonstrativ caz de calcul format din fosfat de Ca și fosfat amoniaco-magnezian cimentat în jurul unui nucleu de coprostearină, care abstrua total lumenul apendicular și la care examenul microscopic al mucoasei nu prezenta nici cea mai mică urmă de inflamație. Constatările noastre au fost întinse la totalitatea apendicelor extirpate. Nu vorbim de corpii străini exogeni din cari am întâlnit unul sâmbure de strugure (și din cari, Papiu și Botez[4]), Prof. Butoianu[5]), Baludima[6]) și profesorul Gerota[7]) au raportat observațiuni interesante. Dar chestiunea prezenții calculilor și rolul pe cari autorii clasici l-au atribuit acestor corpi în producerea apendicitei, ne-a ocupat de multă vreme. Astfel de mai mult

---

1) *Seelig*=Adénome „endometrial" par implantation dans l'appendice vermiforme. (*Am. J. of. Obstetries and Gynecology* No. 4 Avril 1926.

2) *Gaudier*=Infiltration muco-gélatineuse péritonéale simulant une tumeur du cecum (vestige d'une rupture ancienne d'un kiste mucoïde de l'ovaire droit). *Bull. et Mém. de la soc. nat. de chirurgie de Paris* No. 25 1928.

3) *Wassertrüdinger*=Calcul apendiculaire. *(Zentralblat f. Chirurgie* No. 38 19 Sept. 1925).

4) *Papiu și Botez*=Apendicită cronică cu prezența de mercur în apendice. *Revista sanitară militară* Iunie 1924 București.

5) *Prof. Butoianu*=Apendicită cu apendice care conține mercur. *Rev. de chirurgie* pag. 636 1928.

6) *Baludima*=Un caz rar de corp străin în apendice, (os). *Revista de chirurgie* pag. 617. 1927. București.

7) *Profesor Gerota*=Apendice cu mănunchiu de fire de păr. *Revista de chirurgie* Aprilie 1928 București.

*

timp am avut atenția fixată asupra acestui punct, ori de câte ori ni s'a prezentat ocaziunea de a extirpa un apendice. Pentru noi calculii apendiculari, raportându-ne experienții noastre, se găsesc extrem de rari. Constituția lor este aproape identică aceluia a materiilor fecale și cuprind pe lângă substanțe organice o aglomerare microbiană. *Refusăm a acorda acestor concrețiuni stercoremice*, confundate de mai multe ori cu corpii exogeni, *ore un rol patogenic prim* în producerea apendicitei. Vechile teorii acea a colicei apendiculare (Talamon) sau a vasului închis (Dieulafoy) n'au corespuns niciodată realităților patogenice. Dealmintreli Roger și Josué au arătat integritatea apendicelui legat la bază, cu condiția de a i se respecta sistemul vascular, contrar experiențelor lui Klecki asupra exaltării microbiene, într'o ansă intestinală artificial strangulată. Ele au corespuns însă necesităților teoretice până în ziua în care rezultatele examenelor bacteriologice făcute pe apendicele sănătos și bolnav, *corect interpretate*, au putut descoperi cauza reală a inflamației apendicelui. Faptul că de cele mai multe ori am întâlnit apendicite fără calcul și invers calculi în apendice normal, ne face să ne întrebăm dacă nu cumva în majoritatea apendicitelor calculoase, pentru care altădată s'a atras atenția cu atâta lux de elocință și de stil, *calculul să fie mai mult o consecință a inflamațiunii*. In urmă el ar putea juca rolul unui corp străin într'un focar inflamator, a cărui lesiune o întreține și o agravează. *Aceste constatări*, confruntate cu altele *de ordin clinic* pe cari le vom expune mai jos și cu *constatările bacteriologice*, ne-au impus de mult să admitem drept cauză a apendicitei o origine în turburările intestinale cari preced cu mult crisa apendiculară în multe casuri absentă.

Deducțiuni patogenice. Bacteriologic se atribuia altădată apendicita colibacilui și streptococului, microbi adesea găsiți în apendice. Dela cunoscutele lucrări ale lui Veillon și Zuber confirmate de Massol apoi de Grigoroff[1]) și recapitulate în urmă de Dudgeon și Mitschener[2]) atribuim apendicita unui *desechilibru microbian intestinal* care fixează germenii patogeni

1) *Grigoroff*=Thèse de doctorat Genève 1905.

2) *Dudgeon et Mitschener*=Examen bactériologique de l'appendice dans le 30 prémières heures de la crise aiguë avec recherches spéciales des graisses dans la paroi de l'appendice et les tissus lymphoïdes (*The British Journ. of. Surgery* No. 44. Avril 1924).

în ţesutul limfo-apendicular. Argumentele cari vin să confirme aceste interpretări pot fi considerate din dublul punct de vedere; *clinic* şi *bacteriologic.*

1. *Argumente clinice.* Cercetarea anamnetică atentă a tuturor apendicularilor care, s'o mărturisim nu este lipsită de dificultăţi, ne duce la conclusia că debutul apendicitei nu este în realitate semnat prin simptomatologia sgomotoasă bruscă denumită, crisă apendiculară. *Cu mult înaintea crisei apendiculari sunt suferinzi de o serie de turburări gastro-intestinale imperfect precisate.* Criza survine ulterior acestor turburări mai mult ori mai puţin vagi sau poate chiar să nu survie nici odată. Ea fixează în mod precis un diagnostic anterior ezitant. Ea exteriorizează în mod intens suferinţa acută a organului, care poate rămâne încă foarte multă vreme într'o stare de suferinţă latentă („apendicele potenţial" al lui Poenaru-Căplescu). Acestea sunt formele de apendicite latente *„chronique d'emblée"* în seama cărora punem o serie de turburări dispeptice de tip gastric cu hiperaciditate şi constipaţie asociată, turburări în funcţiunea hepatică (Poenaru-Căplescu[1]) — subicter frecvent, urobilinurie etc. — şi în cari simptomele fizice locale sunt şterse. Acestea sunt forme clinice frecvent întâlnite deoarece în statistica noastră noi găsim...

1. Primele turburări gastro-intestinale pre-apendiculare sunt datorite unei ruperi a echilibrului celor două flore intestinale antagoniste sub influenţa modului de alimentaţie, despre care vom vorbi imediat. Aceste turburări fixează flora patogenă anaerobă în apendice, care serveşte apoi ca o basă microbiană, în a întreţine un continuu desechilibru intestinal căruia i se datoresc simptomele enumerate mai sus. In adevăr, examenul microscopic a arătat în aceşti apendice cronic afectaţi, *microscopiceşte intacţi*, lesiuni de inflamaţie veche şi mici nevrome parietale (Nageotte.) Deci înaintea crisei propriu zise, apendicele este bolnav, întreţinând o serie de turburări mai mult ori mai puţin accentuate pe cari noi le-am constatat la majoritatea bolnavilor noştri. Clinicеşte în cazurile în care criza nu survenise semnul frenicului drept descris în 1925 de Iliescu[2]) şi co-

1) *Poenaru-Căplescu*=Les hépatiques appendiculaires. *Académie de Médécine de Paris.* Janvier 1928.

2) *M. Iliescu*=Semnul frenicului drept în apendicite. *Revista de chirurgie* No. 5—6 1925 Bucureşti.

municat de Letulle[1]) Academiei de medicină din Paris ne-a fost într'adevăr util. Aşa cum a arătat unul din noi[2]), acest semn este mult mai constant şi cercetarea lui este mult mai uşor de executat, decât celelalte propuse în apendicitele cronice. Nu este locul să redăm interpretările patogenice ale acestui semn, asupra căruia s'a discutat în sânul societăţii de chirurgie din Bucureşti[3]), anul trecut, menţionăm numai confirmarea pe care am avut ocaziunea de a o face pe un bolnav Baroncea Buzoianu şi Ţovaru[4]) relativ la posibilitatea diferenţierii unei peritonite difuse apendiculare în care el este în mod invariabil pozitiv, de peritonitele de altă natură în care semnul rămâne negativ. (M. Iliescu[5]) şi G. Buzoianu). Aceste importante constatări clinice, *prezenţa turburărilor gastro-intestino-apendiculare cari precedează cu mult o criză ce poate fi absentă*, trebuesc confruntate cu cele de ordin bacteriologic.

2. *Argumente bacteriologice.* Constatările bacteriologice făcute pe un apendice normal şi pe un apendice bolnav sunt extrem de importante. Pouroiul unui apendice bolnav cuprinde totdeauna bacili anaerobi puri asociaţi în unele cazuri cu anaerobii facultativi (strepto şi stafilococul). Colibacilul este inconstant şi în mică cantitate iar bacilus lactis aerogenes nu se găseşte niciodată. Pe un apendice sănătos colibacilul este constant şi în mare cantitate ca şi bacilus lactis aerogenes. Deasemeni se pot găsi anaerobii facultativi. Anaerobii puri sunt sau absenţi sau în foarte mic număr. Astfel rolul anaerobilor stricţi este indeniabil nu numai în formele de apendicită gangrenoasă în care Jennings[6]) a găsit predominenţa bacilului perfrigens. Ce conchidem din aceste fapte?

---

1) *Letulle=Presse médicale* 30 Janvier 1926.

2) *G. Buzoianu*=Contribuţiuni la semiologia apendicitei. *Clujul medical* No. 7—8. 1926. *Rev. „Spitalul"* No. 8—9 1926. Bucureşti.

3) *Gerota, Poenaru-Căplescu, Mihail Iliescu, Jon Jianu*=Discuţiuni asupra semnului frenic drept în apendicite *Soc. de chirurgie* Bucureşti. *Revista de chirurgie* pag. 1927. Bucureşti

4) *Baroncea, Buzoianu şi Ţovaru*=Cancer cardio-gastric perforat. Peritonită difusă supurată mortală. *Soc. Anatomică* 31 Martie 1918. Bucureşti.

5) *M. Iliescu şi G. Buzoianu*=Contribuţiuni asupra diagnosticului diferenţial între peritonitele difuse apendiculare şi oclusiile intestinale. *Revista ştiinţelor medicale* No. 6 Iunie 1927. Bucureşti.

6) *Jennings*=Le rôle du bacile de Welch (B. perfringens) dans l'appendicite gangréneuse. *(New-York med. Journ.* No. 11 Iunie 1923.

Desvoltarea anaerobilor care nu poate avea loc decât într'un *mediu alcalin* se datorește diminuării considerabile a colibaciului și bacilului latic, microbi cari în mod normal produc acizi prin fermentarea hidrocarbonatelor și cari sunt antagoniștii anaerobilor. *Diminuarea aceasta rezultă din abusul alimentației cu carne care modifică flora intestinală făcând un mediu propice desvoltării anaerobilor.* Astfel este vechiu și cunoscut faptul de a se fi constatat totdeauna frecvența apendicitei la popoarele cu alimentație bogată în cărnuri și invers, absentă sau puțin frecventă la popoarele cu alimentație bogată în vegetale. Lucas-Championière a susținut de mult că Americanii importaseră apendicita în Filipine, învățând pe indigeni până atunci vegetarieni să mănânce carne. Matignon (Bérard și Vignard) a insistat asupra raritătii apendicitei la chinezi cari se hrănesc cu orez, deși intestinele lor este un furnicar de paraziți etc. Mayo[1], are perfectă dreptate când se exprimă că *apendicita este o maladie a vieței moderne legată de modul de alimentație.* Apendicita este apoi din aceleași motive mai frecventă la orașe decât la sate. Observăm deci că *apendicita se desvoltă atunci când flora anaerobă este predominantă în intestin, predominență care stă sub dependința regimului. Ruperea echilibrului microbian intestinal — între seria alcalină, proteolitică sau anaerobă și între seria acidă, fermentativă sau aerobă — fixează agenții patogeni în apendice.* Pe când drenajul intestinal se executa în condițiuni ușoare, asigurând reabilitarea echilibrului microbian, dificultatea drenajului normal apendicular din diferite cauze secundare (obliterări ale lumenului prin cuduri, corpi străini, bogăția țesutului limfatic proprice desvoltării microbiene) face ca anaerobii să rămână, să persiste aci în mare număr. Astfel explicăm dece calculii nu produc apendicită ci ajută în unele cazuri eclosiunea ei, și pentruce putem găsi calculi în apendice perfect normali microscopicește. Pentrucă *„primum movens"* patogenic este fixarea în apendice a seriei alcaline, provenită dintr'o preponderență exagerată a ei în legătură cu alimentația. Odată fixați în apendice anaerobii produc la început acele lesiuni cronice decelabile la microscop în apendicitele fără crisă, apoi ei servesc drept focar, printr'o continuă devărsare în intestin, în

---

1) *Mayo*=L'appendice en relation causale ou non avec d'autres affections abdominales (*The J. of Am. med Association* No. 23 Août 1924)

a întreține turburările gastro-intestinale cronice menționate. Criza care traduce suferința limită a apendicelui, provine atunci când neținând în seamă turburările cronice anunțătoare continuam prin regimul cu carne să favorizăm în mod exagerat desvoltarea anaerobilor și consecutiv a lesiunilor vermisului. Din aceste motive în cursul răcirii unei apendicite prescriem un regim în care evităm substanțele proteine, tocmai pentru reabilitarea seriei acide și pentru a diminua astfel efectul patogen al seriei anaerobe. Pentru noi interpretarea datelor clinice și bacteriologice de mai sus, așa cum le-am expus, credem a fi cea mai apropiată de realitate, dacă nu realitatea însăși.

Mortalitatea o expunem numai pentru peritonitele difuse supurate. Ele au dat un procent mare de cazuri letale deoarece din 23 bolnavi 18 au sucombat; deci 78%. Numai între 1 Ianuarie 1924 și 1 August 1926 au fost 11 peritonite apendiculare, difuse cu exitus (Șt. Popescu[1]) Peritonitele inkistate și apendicitele, răcite sau cronice nu ne-au dat decât un mort (1 abces subhepatic) s'ar putea ca mortalitatea să fie scăzută în peritonitele apendiculare, această redutabilă complicațiune a apendicitei, dacă prezentarea bolnavilor ar fi corectă, cât mai aproape de debut. Dar dificultățile acestei prezentări, practic sunt încă destul de mari. Intre medici și chirurgi și chiar numai între aceștia ultimi, acordul nu este încă perfect, relativ la alegerea momentului celui mai oportun pentru a interveni. Profesorul Gerota[2] a insistat cu deosebire asupra acestui punct, în mod documentat.

BIBLIOTECA UNIVERSITATII IAȘI
Ac. 121.522 F. - I. -

---

1) *St. Popescu*=Din activitatea serviciul II chirurgical. Spitalul Colțea. Revista „*Spitalul*" Octombrie 1926.

2) Profesor *Gerota*=Tratamentul apendicitei. *Revista de chirurgie* 1927. București.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BIBLIOTECA
UNIVERSITAȚII
IAȘI

BCU IAȘI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BIBLIOTECA
UNIVERSITĂȚII
-IAȘI-

1986

BCU IAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Biblioteca
Universității Iași